VOL. 33 N.º 4

ANAIS BRASILEIROS

DE

DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

DEZEMBRO DE 1958

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

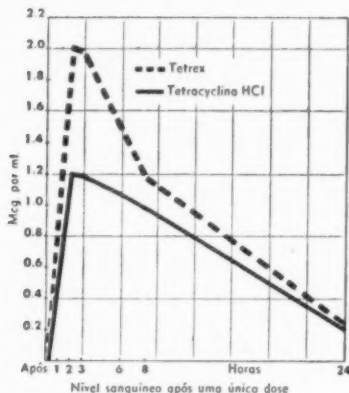
RIO DE JANEIRO BRASIL

ANTIMICÓTICO
INODORO

Pó — Pomada — Solução

Tetrex

FOSFATO DE TETRACICLINA (EQUIVALENTE A 250 mg DE CLORIDRATO DE TETRACICLINA)

NÍVEIS SANGÜÍNEOS 2 VÊZES MAIS ALTOS

na dose de 500 mg (2 cápsulas) duas vêzes ao dia é, tão eficaz quanto a dose de 250 mg quatro vêzes ao dia.

Oferecendo maior comodidade para o paciente

LABORTERAPICA-BRISTOL S.A. Ind. Quím. e Farm. - R. Carlos Gomes, 924 - Sta. Amaro (S. Paulo)

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 33 DEZEMBRO DE 1958 N.º 4

Líquen plano

A propósito de 2 (dois) casos tratados pela penicilina *

Leopoldo Costa

A terapêutica do líquen plano é quasi que exclusivamente empírica, em virtude do desconhecimento acêrca de sua causa real.

Desde épocas mais remotas que se procura experimentar novos meios de tratamento, na tentativa de encontrar uma medida ideal, sem entretanto nenhum resultado eficaz.

As mais diversas substâncias têm sido utilizadas, como arsênico, mercúrio (muito usado pelos americanos), hipossulfitos, cacodilatos, etc., resultando, na maioria das vêzes, em completo fracasso.

Mais recentemente, temos o A.C.T.H. (Kristjanse e Reymann — 1), a clorpromazina (Tinozzi — 2) e a fenilbutazona (Melamed — 3), com resultados animadores.

Os primeiros casos tratados pela penicilina foram relatados por Hard e Holmberg (Hospital Karolinska) (4). Administraram, a 79 (setenta e nove) doentes, penicilina num total de 6 000 000 U., tendo obtido cura de 59 (cinqüenta e nove) pacientes (74.7%). Mais tarde, Pierini e col. (5), na Argentina, também obtiveram resultados satisfatórios com idêntica terapêutica. Entretanto, nenhum dêles refere a ação do antibiótico sôbre as lesões das mucosas.

Como tivemos em nossa casuística um número muito reduzido de pacientes portadores de líquen plano, após termos conhecimento dêste método terapêutico, resolvemos tratá-los com penicilina, a fim de, com a nossa experiência pessoal, darmos nossa contribuição ao assunto.

Nossa observação se refere a 2 (dois) casos, de nossa clinica particular.

CASO 1

I.B.S., de 10 anos de idade, estudante, paraense, branco, residente em Belém.
Há cêrca de 1 (um) mês, na face anterior dos punhos teve início uma erupção, com extensão para os antebraços.

Antecedentes pessoais e hereditários: sem importância para o caso.

Exame: na face anterior dos punhos, estendendo-se para os antebraços,

---

* — N.N'Dibenziletilenodiamina Dipenicilina G.

apresentava pequenas pápulas planas, não escamosas, de contôrno poligonal, algumas lesões umbelicadas e de coloração vermelho-brilhante.

Disseminados pelo tronco, apresentava, também, pápulas puntiformes, isoladas e de côr vermelho brilhante. Tôdas as lesões eram bastante pruriginosas.

Diagnóstico: líquen plano agudo.

Exame de laboratório: reação de Kahn, negativa.

Exame histopatológico: não foi realizado.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Estabelecemos o seguinte esquema de tratamento com a penicilina: 600 000 U. diárias, por via intramuscular, num total de 6 000 000 U., entre 13 e 22 de novembro de 1956. Observamos, nos primeiros dias, a diminuição do prurido, até o seu total desaparecimento. Mais gradativamente notamos a melhora das manifestações cutâneas, com modificações evidentes da côr e da consistência das lesões, até a sua completa regressão.

A cura foi observada 2 (duas) semanas após essa terapêutica.

Voltamos a examinar o paciente 11 (onze) meses após a cura e nada de anormal constatamos.

CASO 2

P.M.S., de 65 anos de idade, casado, cearense, pardo, funcionário público, residente em Miraselva, Município de Capanema (Pará).

Há 4 (quatro) meses, teve uma erupção nos punhos, com extenção para os antebraços; posteriormente, as pernas também foram atingidas.

Antecedentes pessoais e hereditários: sem maior importância.

Exame: apresentava, nos punhos e antebraços, pequenas placas de coloração violácea, de forma irregular, ligeiramente escamosas, superfície plana e brilhante, lesões estas muito pruriginosas. Na face anterior das pernas, apresentava algumas lesões semelhantes às descritas e ainda pequenas pápulas isoladas de côr vermelha, pouco maiores que a cabeça de um alfinete, de contôrno retilíneo, formando figuras quadrangulares, lesões estas pruriginosas.

Diagnóstico: líquen plano crônico.

Exames de laboratório: reação de Kahn, negativa.

Urina, sem anormalidades.

Exame histopatológico: na epiderme, acantose, hipergranulose e discreta queratose; e, na derme, dilatação dos vasos, edema papilar, infiltrado celular de linfócitos e histiócitos e células em degeneração colóide.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Esquema de tratamento: 600 000 U. diárias, por via intramuscular, num total de 9 600 000 U., entre 4 e 9 de fevereiro de 1957. Não fizemos uso de medicamentos no local. Neste caso, frisamos que a cura do paciente só foi obtida cêrca de 3 (três) semanas após o uso da penicilina, se bem que as melhoras do paciente tivessem sido observadas desde a 6.ª dose do antibiótico. Sòmente a esta altura do tratamento é que o prurido começou a diminuir de intensidade, ao mesmo tempo que as manifestações cutâneas começaram a regredir, até o seu desaparecimento completo, deixando apenas uma pigmentação característica, de côr de ardósia.

Tivemos oportunidade de examinar o paciente 8 (oito) meses após a cura e sòmente observamos discreta pigmentação no local das antigas lesões.

CONCLUSÕES

Pelo exposto, pode-se verificar que a penicilina parece ser útil ao tratamento do líquen plano, a julgar pelo êxito obtido, apesar do pequeno número de casos (2) observados não permitir inferências válidas sob o ponto de vista estatístico.

Limitamo-nos, nesta breve comunicação preliminar, a fazer um relato objetivo do que nos foi dado observar com o emprêgo da penicilina no tratamento do líquen plano, sem procurar esta-

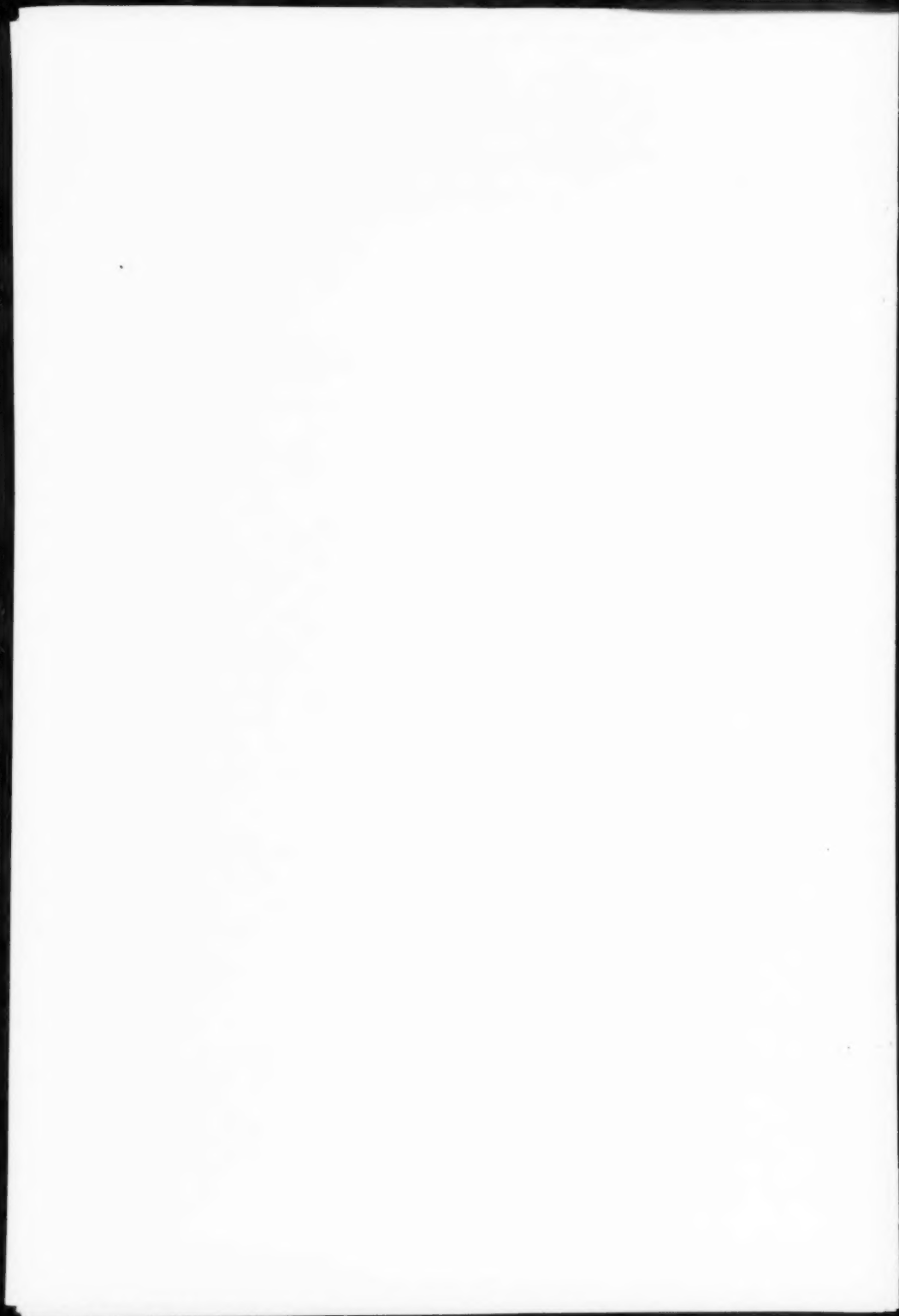
belecer comparações com outros medicamentos e sem formular conclusões definitivas sôbre a sua eficácia. Estas só serão possíveis quando forem avaliados os resultados obtidos nos diversos centros dermatológicos, onde o antibiótico está sendo investigado.

RESUMO

São relatados os resultados obtidos com o emprêgo da penicilina no líquen plano. Os 2 (dois) pacientes observados se beneficiaram clinicamente com a terapêutica, ficando curados entre 2 (duas) e 3 (três) semanas após o uso do antibiótico.

CITAÇÕES

1 — Kristjanse, A., Reymann, F., — A.C.T.H. Therapy in lichen ruber planus — Acta dermat. venereol., 33:205, 1953.
2 — Tinozzi, G.C. — A Clorpromazina no tratamento do Lichen Ruber Planus — Publ. Méd., 197:35, 1957.
3 — Melamed, A.J. — La Fenilbutazone en el tratamiento del Liquen Rojo Plano — Arch. argent. de dermat., 4:321, 1955 (dez.).
4 — Hard, S. Holmberg, P. — Penicilin treatment of Lichen Ruber — Acta dermat. venereol., 34:72, 1954.
5 — Pierini, L., e col. (citado por L.M. Bechelli) — Caderno de Terapeut. Labor, 5:264, 1956.

Endereço do autor: avenida Senador Lemos, n. 14 (Belém).

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 28 de maio de 1958

O Sr. Presidente submete à consideração do plenário as propostas, para sócio efetivo, dos Drs. Ubirajara Pires, médico-chefe do Dispensário de Lepra de Três Corações, Estado de Minas Gerais; Geraldo Batista, assistente da Clínica Dermatológica do Hospital Felício Rocho; Luiz Fernando Moreira, dermatologista da Aeronáutica. Foram aprovadas. Informa sôbre a recepção de ofício do Colégio Ibero-Latino-Americano, consultando quais os membros da S.B.D.S. que concordam com o pagamento de 4 dólares anuais, àquele Colégio, com a finalidade da publicação semestral de volume com assuntos de interêsse geral. Esclarece que em reunião da Diretoria foi deliberado o envio de circular aos sócios, sôbre o assunto. Refere-se ao programa da Reunião Anual, que será realizada em Belo Horizonte, de 7 a 10 de julho próximo, tendo como tema Pênfigo e Penfigóides. Elogia a organização do programa, salientando a parte social, da qual consta excursão a Brasília, programada por iniciativa do Prof. Oswaldo Costa. Lembra o curso de histopatologia da pele, que será ministrado pelo Prof. H. Portugal, em junho próximo vindouro, no Serviço do Prof. J. Ramos e Silva, sob o patrocínio da S.B.D.S. Comunica a resolução da Diretoria de só admitir inscrições à última hora, para apresentação de casos nas sessões quando acompanhados dos respectivos doentes. As comunicações inscritas com antecedência terão prioridade e, dentre estas, as que forem acompanhadas de doente.

O Dr. Antônio Carlos Pereira relembra o convite feito pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora para o Congresso que realizará, do qual constará simpósio sôbre colagenoses, sendo relator o Prof. F.E. Rabello.

O Sr. Presidente lembra que a reunião de junho será realizada normalmente na última quarta-feira do mês, ficando a de julho para ser marcada oportunamente, em face da realização, nêle, da Reunião Anual.

Ordem do dia:

Lúpus eritematoso — Dr. Glyne Rocha

Comentários:

Dr. Jarbas A. Pôrto — Cumprimenta o autor, pela raridade da localização.

Prof. H. Portugal — Acha que o diagnóstico se tornou difícil, com o infiltrado linfocitário da pele. Tem a convicção de que a infiltração linfocitária é uma forma de lúpus eritematoso que a falha da penicilina não é suficiente para excluir.

Prof. J. Ramos e Silva — Declara ser o caso princeps porque é lesão da órbita, dando, de um lado, infiltrado linfocitário e, de outro, lúpus eritematoso, confirmando a sua opinião de tratar-se de uma só cousa. Relata a indignação de Jessner quando lhe expôs a sua opinião, uma vez que êle insiste em que o infiltrado linfocitário da pele constitui uma entidade mórbida. Mantém

a sua opinião de que a síndrome da sala 14, de Quiroga, a infiltração linfocitária da pele e o lúpus eritematoso, constituem modalidades diferentes da mesma entidade fundamental. Não se surpreendeu com o efeito do bismuto, porque essas formas túmidas, recentes, cedem, maravilhosamente, sob a ação do bismuto, enquanto as formas fixas só raramente por êle se influenciam.

Prof. R.D. Azulay — É de parecer que o resultado terapêutico foi surpreendente, tendo sido gasto mais tempo com o diagnóstico do que com o tratamento. Quanto à histopatologia, acha que o problema se resume na lesão a ser biopsiada, para o que se deve procurar uma lesão antiga, a fim de ser encontrado o aspecto típico do lúpus eritematoso.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Tem acompanhado casos da chamada infiltração linfocitária e confessa que ainda não se convenceu de que se trate de lúpus eritematoso, embora possa ter com êle algumas semelhanças. Informa que o último caso que teve foi resistente aos derivados da cloroquina e à penicilina, cedendo, apenas, com o uso de corticosteróides e sigmamicina. Diminuindo a dose, ou suprimindo qualquer dos dois, as lesões recidivam. Acha que não é nada de mais encontrar-se infiltração linfocitária num lúpus eritematoso, de evolução aguda, sem que isto se constitua naquilo que caracteriza o quadro chamado de infiltração linfocitária. Quanto à terapêutica, esclarece sempre ter usado bismuto, com bons resultados, em certos casos de lúpus eritematoso.

Dr. Glyne Rocha — Está de acôrdo com o Prof. Ramos e Silva, quanto à alegação de que o lúpus eritematoso irá substituir a sífilis, para o dermatologista. Sempre foi de opinião, quanto ao diagnóstico, que a infiltração linfocitária pertenceria ao quadro do lúpus eritematoso, uma vez que ela se encontra em certas fases de outras doenoças, como o sarcóide de Boeck. Acha que o resultado terapêutico talvez venha a modificar a idéia daqueles que julgam os antimaláricos como tratamento ideal.

DOENÇA DE DARIER — DRS. E. DROLHE DA COSTA e IVAN CARDOSO

COMENTÁRIOS:

Prof. H. Portugal — Pergunta ao autor se apurou alguma cousa no heredograma.

Dr. E. Drolhe da Costa — Responde negativamente, prometendo investigar.

DOENÇA DE RIEHL-CIVATTE — DRS. GLYNE ROCHA, SYLVIO FRAGA e C. CHIAFITELLI

COMENTÁRIOS:

Prof. J. Ramos e Silva — Dá parabens ao autor, pela magnífica preleção em tôrno das síndromes de melanose. Pede licença para discordar dos fundamentos da mesma, isto é, do próprio diagnóstico do caso. Acha que o Dr. Glyne fêz um pouco do que costuma chamar de "dermatologia no espaço". É de parecer que a melanodermite de Hoffmann difere da melanose de Riehl. Considera o caso apresentado, com lesões bilaterais, mais atenuadas à esquerda, na parte dos antebraços, mais expostos ao calor do ferro de engomar, como o que os clássicos denominam de pigmentação *a calore*.

Prof. Oswaldo Costa — Ratifica as palavras do Prof. Ramos e Silva, achando que o caso deve ser rotulado como eritema *a calore*. Quanto à unificação das síndromes, é de opinião que o Riehl e o Civatte podem ser unificados, mas o Hoffmann não.

Prof. H. Portugal — Esclarece que, ao examinar a lâmina, não conhecia o caso, tendo diagnosticado poiquilodermia. Achando-a sugestiva, mostrou-a ao Prof. Rabello, sem nada lhe dizer, tendo êle a mesma impressão, sem ter visto o doente.

Dr. Jarbas A. Pôrto — Acha interessante essas discordâncias na Sociedade, que tanto proveito trazem, principalmente aos mais novos. Embora não tenha experiência sôbre poiquilodermia, o seu conceito sôbre a poiquilodermia de Civatte era o da existência de lesões localizadas na face, no pescoço, no colo e na parte superior do dorso, com teleangiectasias, pigmentação e atrofia. É de parecer que a histopatologia é muito insignificante em face da clínica. Tem a idéia de que consta do quadro uma degeneração basofílica, levando a pensar em particularidade racial do tipo louro. A de Jacobi apresenta morfologia com

pletamente distinta, aproximando-se mais do quadro da radiodermite crônica. No caso apresentado, chama a atenção a existência de lesões simétricas, com pequenas pápulas. No braço lesado, acima da placa, existem várias pápulas miliares, que levam a pensar em líquen plano. Acha que, clínica e histològicamente, há elementos para o diagnóstico de líquen. Na sua opinião, o diagnóstico de poiquilodermia é surpreendente.

Prof. F.E. Rabello — Chamou-lhe a atenção a observação do Dr. Jarbas Pôrto para a existência das pápulas, apesar do mesmo declarar não ter experiência em poiquilodermia. Há, realmente, um ligeiro espinulosismo e é, justamente, êste aspecto que sugere a melanodermite de Hoffmann. Acha que êle errou em um ponto fundamental: quanto à queratose pilar dos bordos. Considera perturbador do raciocínio o freqüente recurso à palavra poiquilodermia. É de opinião que não existe poiquilodermia e sim estados poiquilodérmicos, embora, realmente, pareça estranho reunir essas entidades. Acha o caso tão interessante que aconselha o Dr. Glyne Rocha a reestudá-lo, para acompanhar a evolução dos cones córneos, reapresentando-o posteriormente. Aparentemente parecem existir diferenças fundamentais entre a melanose de Riehl e a de Civatte, mas, na realidade, não é assim. O próprio Civatte afirmou a sua igualdade, sendo uma forma mais comum no sexo feminino e a outra nos que lidam com óleos. A seu ver, não há dúvida que se trata de forma frusta de Hoffmann, estabelecendo um elo com as três formas.

Prof. R.D. Azulay — Concorda que, de fato, sob o ponto de vista histológico, assemelha-se mais ao líquen, manifestando-se em favor da poiquilodermia a presença de vasos teleangiectásicos. Pergunta ao Prof. Portugal se a coloração feita pela orceina não viria dissipar as dúvidas.

Prof. H. Portugal — É de parecer que o diagnóstico de líquen plano se faz de relance. Observa que, no caso, não existem pápulas.

Dr. Glyne Rocha — Felicita-se pelos ensinamentos recebidos. Discorda da expressão "dermatologia no espaço", empregada pelo Prof. Ramos e Silva. Acha que se existem lesões no antebraço esquerdo é porque houve outra queimadura nessa região. Desconhece as formas citadas de melanose *a calore*, sugerindo que, talvez, se trata, igualmente, de casos de Riehl-Civatte. Quanto ao eritema *a calore*, citado pelo Prof. Oswaldo Costa, parece-lhe ser diagnóstico que não se mantém, pois não se coaduna com o que já viu de eritema *a calore*.

Prof. Oswaldo Costa — Esclarece que eritema *a calore* é sinônimo de pigmentação *a calore*.

Prof. J. Ramos e Silva — Considera que o êrro consiste em sobrepor o diagnóstico histológico ao clínico. Explica que uma radiodermite crônica é o que mais se parece com a poiquilodermia. Entretanto, se o patologista fizer êste diagnóstico, o clínico não concordará com êle.

Dr. Glyne Rocha — Esclarece que, no caso, o diagnóstico histológico apenas ajudou, pois, clìnicamente, êle já havia sido lembrado. Acrescenta que as lesões foliculares, citadas pelo Dr. Jarbas Pôrto, encontram-se na descrição de Hoffmann.

HÉRPES ZOSTER E VARICELA — DR. JARBAS A. PÔRTO

A raridade de observação de casos simultâneos de hérpes zóster e varicela é o motivo da apresentação do seguinte caso: paciente branco, de 45 anos, brasileiro, casado, jornalista. Compareceu à consulta queixando-se de que, há uma semana, havia começado a sentir fortes dores que se irradiavam, da região epitrocleana esquerda, para a região cervical esquerda, de caráter paroxístico, melhorando com analgésicos. Dois dias depois, notou o aparecimento de lesões vesiculosas no dorso da mão esquerda e, posteriormente, ao longo do braço e do antebraço esquerdos. Três dias após e eclosão das lesões do braço, começou a sentir-se febril, com temperatura de 38°C, inapetência, cefaléia, faringite, fotofobia, dores ósseas e articulares, notando, no dia imediato, o aparecimento de pequenos "caroços" (sic), no couro cabeludo. Desde então, novas lesões vesiculosas apareceram, sucessivamente, na face, no pescoço, no tronco e nas coxas. Em contraposição às lesões dos braços, que eram urentes, as demais lesões não incomodavam o paciente.

O exame dermatológico mostrou a existência de: erupção típica de zóster, no membro superior esquerdo, e adenite axilar, esquerda, dolorosa; erupção vesicular, constituída de elementos em várias fases de evolução, disseminados por todo o tronco, coxas, face, pescoço e couro cabeludo, sendo os elementos recentes formados por vesículas de tamanho lenticular, ou menor, translúcidas,

tensas, isoladas e cercadas por discreto halo eritematoso; quatro lesões puntiformes, situadas na mucosa bucal, no palato e nos pilares amidalianos, de aparência amareloesbranquiçada, erosadas e circundadas de halo eritematoso. Notava-se, ainda, congestão da faringe e das conjuntivas de ambos os olhos.

Com medicação sintomática, as lesões dermatológicas e demais manifestações cederam ao fim de dez dias de seu aparecimento, quando foram feitas as fotografias apresentadas. Nesse dia, ainda se observavam lesões, em regressão, no braço e nas raras vesículas intactas no tronco.

Acredita que o caso apresentado seja o de simultaneidade de erupção de zóster e de varicela, embora se possa admitir a hipótese de zóster, com lesões variceliformes disseminadas, ou de varicela, com lesões zosteriformes. Como o vírus responsável por estes dois quadros é o mesmo, acredita que a unificação dos dois quadros clínicos, com a mesma denominação, seja a melhor solução, ou, então, considerar-se o zoster como manifestação localizada de varicela.

COMENTÁRIOS:

Dr. Paulo Paes de Oliveira — Relata que os médicos militares vêem, freqüentemente, os surtos de zóster preceder os de varicela. Os vírus são idênticos. Acha interessante que o caso apresentado se tenha iniciado pela varicela, o que vem comprovar a identidade das duas doenças. Felicita o Dr. Jarbas.

Dr. Glyne Rocha — Relata, apenas para trazer mais um subsídio, o caso de um colega cuja genitora fôra acometida de zóster, tendo surgido, nêle e nos filhos, na mesma ocasião, varicela.

Prof. J. Ramos e Silva — Acha que seria interminável entrar na discussão de varicela e de zóster. Deseja ater-se ao caso, se possível, ajudando a classificá-lo. A existência de lesões vesiculosas, fora da região do nervo, não invalida o diagnóstico de zóster, pois, há muito tempo está descrita e assentada a vesícula aberrante de Tenesson. O diagnóstico de varicela é feito pelo reconhecimento das lesões mucosas da região buco-faringéia. Pergunta ao Dr. Jarbas se o doente as apresentava. Os vírus são idênticos. Informa ter apresentado, há tempos, com o Dr. Peryassú, caso de zóster generalizado, o que ainda mais complica o problema diagnóstico.

Dr. Mário Ruttowitsch — Concorda com o Prof. Ramos e Silva, embora só tenha observado as lesões à distância, nos casos graves de zóster, levando-a a pensar em exacerbação do vírus.

Prof. R.D. Azulay — Não quer entrar na questão da identidade do vírus. Informa entretanto, ter tido caso de zóster oftálmico, em uma criança, o qual já recidivou umas 30 vêzes, levando a supor que se trate de hérpes simples zosteriforme. Está aguardando nova recidiva para pedir esclarecimento a laboratório especializado, considerando que, neste caso, os vírus são diferentes.

Dr. Jarbas A. Pôrto — Agradece e informa que o diagnóstico de zóster foi o primeiro feito. Entretanto, logo percebeu que, tanto pela erupção, como pelos sintomas gerais, e, principalmente, pelas lesões da mucosa bucal, o doente apresentava varicela.

CASO DE TINEA NIGRA — PROF. J. RAMOS e SILVA

Apenas para registro estatístico, traz o 7.º caso, de sua observação pessoal desta queratose *sui generis*, apresentando um diapositivo colorido e a cultura em meio de Sabouraud, do cogumelo isolado, o *Cladosporium Wernecki*.

Trata-se do paciente n.º 13.682, do Departamento de Dermatologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, S.B., masculino, branco, de 6 anos de idade, natural e residente no Distrito Federal, que apresentava, em ambas as palmas placas irregulares arredondadas, escuras e com leve descamação. O diagnóstico clínico de *tinea nigra* foi confirmado pelo exame microscópico, que revelou micélio e esporos no material de raspagem, e pelas culturas em Sabouraud maltose, que permitiram, mais uma vez, o isolamento de *Cladosporium Wernecki*, Horta 1921.

COMENTÁRIOS:

Dr. Paulo Paes de Oliveira — Felicita o Prof. Ramos e Silva pela oportunidade de haver descoberto *tinea nigra*, o que êle não tem conseguido, apesar dos pedidos que tem feito aos colegas, inclusive na Bahia.

SÔBRE O USO DO MARSILID NO PSORÍASE — DR. CEZAR CHIAFFITELLI

COMENTÁRIOS:

Dr. Paulo Paes de Oliveira — Registra o fato de ter o Prof. Ramos e Silva sido o primeiro a divulgar, entre nós, resultados com êsse medicamento. Informa que, depois da comunicação do Prof. Ramos e Silva, obteve o remédio e usou, durante cêrca de dois meses, em um de seus doentes. Conseguiu o desaparecimento quase completo das lesões, quando foi suspenso o tratamento. Pouco tempo depois, voltou o paciente com uma eritrodermia psoriásica, que se agravava sob a ação da cortisona. Tendo lido que, realmente, as eritrodermias psoriásicas pioram com a cortisona, ficou em dúvida se, de fato, a eritrodermia teria sido provocada pelo Marsilid.

Dr. Cezar Chiaffitelli — Agradece ao Dr. Paes de Oliveira, informando que não teve caso algum de eritrodermia provocada pelo uso do Marsilid. Já teve caso de eritrodermia psoriásica que cedeu com a cortisona.

EPIDERMODISPLASIA VERRUCIFORME — PROF. R.D. AZULAY

COMENTÁRIOS:

Prof. Oswaldo Costa — Informa já ter observado oito casos de epidermodisplasia verruciforme, dos quais sòmente publicou quatro. Quando da apresentação do caso pelo Prof. Azulay, julgou que seria mais um. Acha que, clinicamente, as lesões liquenóides, não invalidam o diagnóstico. Esta doença apresenta uma forma generalizada e outra localizada.

Prof. R.D. Azulay — Promete reapresentar o caso em outra ocasião, esclarecendo que sòmente o exibiu para não perder a oportunidade.

Sessão de 25 de junho de 1958

ORDEM DO DIA:

HYPERKERATOSIS FOLLICULARIS ET PARAFOLLICULARIS IN CUTEM PENETRANS — DR. FAUSTO GAYOSO CASTELO BRANCO

M.E., com 62 anos de idade, prêto, natural do Espírito Santo, casado, carpinteiro, residente em São Cristóvão. Informa que a doença teve cêrca de dez anos de evolução, com períodos de cicatrização e desaparecimento das lesões. Quando veiu ao Serviço, apresentava erupção generalizada, constituída de pápulas com hiperqueratose central, folicular e com pontos de hiperpigmentação. Nos membros inferiores, notam-se lesões córneas, hipertróficas, destacando-se pequena ulceração no têrço inferior do membro inferior esquerdo. Não há enfartamento ganglionar. O estado geral não tem sido alterado pela doença e o tratamento, instituído à base de vitamina A, tem proporcionado melhora clínica das lesões. O resultado do exame histopatológico revelou: a) na epiderme, hiperqueratose moderada, acentuando-se em certos pontos, onde o corpo mucoso de Malpighi se apresenta deprimido; formação de massas queratósicas, uma das quais penetra o estrato espinhoso, chegando a entrar em contato com a derme. O estrato espinhoso mostra-se espessado, notando-se, às vêzes, certa desorganização no arranjo de suas células. Nestas áreas, as células estão alteradas, com núcleos picnóticos, vacúolos perinucleares e citoplasma concentrado na periferia. b) Na derme, moderada infiltração linfo-histiocitária perivascular.

Refere o relator que Kirle descreveu, pela primeira vez, em 1916, paciente portador de tipo de queratose desconhecida, a qual denominou "Hyperkeratosis Follicularis et Parafollicularis in cutem Penetrans". A paciente, de 21 anos, desenvolveu erupção constituída de pápulas ou nódulas com queratose central, a qual, gradualmente, se espalhou por quase tôda a superfície cutânea, sem causar modificações no estado geral. O curso da doença era crônico, tendo sido possível observar a paciente por vários anos, durante os quais a erupção prosseguiu lentamente.

DOENÇA DE KYRLE — DR. FAUSTO G. CASTELO BRANCO

COMENTÁRIOS:

Dr. Romeu V. Jacintho — Informa que, há 2 ou 3 anos, teve dois casos semelhantes, em crianças, não se achando suficientemente seguro para firmar o diagnóstico. Acha que, no início, as lesões são abauladas. Considerou o

caso semelhante à hiperceratose de Brauer. Desejava saber algo sôbre o respectivo "pedigree", porque parece tratar-se de doença familiar.

Dr. Fausto G. Castelo Branco — Declara não conhecer referência alguma à participação familiar, uma vez que o doente nada refere sôbre o assunto.

EPIDERMÓLISE BOLHOSA — PROF. H. PORTUGAL e DR. SYLVIO FRAGA

COMENTÁRIO:

Dr. A. Padilha Gonçalves — Congratula-se com os autores, pela demonstração tão simples e tão convincente.

PITIRIASIS VERSICOLOR COM INVASÃO DO COURO CABELUDO — PROF. R.D. AZULAY e DR. R.A. VILELA

COMENTÁRIOS:

Dr. Jarbas A. Pôrto — Informa que, ao apresentar o seu caso, com lesões do couro cabeludo que simulava a tinha, ignorava esta localização. Nessa ocasião, o Prof. Oswaldo Costa citou publicações que lhe permitiram verificar tratar-se de localização freqüente.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Pode garantir que esta localização não é tão freqüente quanto se poderia deduzir das palavras do Dr. Jarbas Pôrto. Acha que é rara, mas não excepcional, uma vez que já tem observado alguns casos.

Prof. R.D. Azulay — Agradece.

CASO DE NEVO ANÊMICO COM DISPOSIÇÃO ZOSTERIFORME — PROF. R.D. AZULAY e DR. R. GARRIDO NEVES

COMENTÁRIOS:

Dr. Jarbas A. Pôrto — Informa ter tido, em 1949, um doente, com síndrome de Pringle, que, além das manifestações clássicas, apresentava nevo anêmico. No dorso e nas pernas, era portador de manchas acrômicas, arredondadas, de limites nítidos. Refere citações de autores sôbre agenesia vascular e forma redonda. Informa haver visto vários casos dêste tipo, cujo diagnóstico é nevo unilateral, o qual, inicialmente hipocrômico, torna-se, depois, hipercrômico e verrucoso. Foi o único a ver micropápulas, admitindo, porém, a possibilidade de engano. Classifica o caso como nevo unilateral hipocrômico.

Prof. H. Portugal — Supõe que, além da componente vascular, haja componente pigmentar. Indica impregnação do pigmento para observar a diferença. Está de acôrdo com o Dr. Jarbas sôbre a classificação de nevo unilateral, cujos aspectos são muito variáveis, podendo, até, assemelhar-se ao *lichen nitidus*.

Dr. Edson Almeida — Informa possuir quatro observações idênticas, nas quais há modificações morfológicas para o aspecto verrucoso. Declara que a histopatologia nenhum esclarecimento ofereceu aos seus casos. Viu, na Clínica Mayo, um caso dêstes, classificado, pelo Prof. Montgomery, como *lichen nitidus*, com base na histopatologia. É um caso interessante para estudos posteriores.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Relata que os casos que viu, de nevo anêmico, correspondem à descrição do Dr. Jarbas Porto: são pequenas lesões, em placas, de contôrno circinado, parecendo formadas por aglomerado de outras menores; são lesões bem mais claras, contrastando com a pele rósea circundante. Não acredita que possa haver ausência absoluta de vasos, hipótese em que haveria necrose. Acha que há, apenas, diminuição dêles. Pergunta ao Prof. Portugal até que ponto tal pormenor poderia ser esclarecido.

Prof. H. Portugal — É de parecer que a histologia não esclarece o assunto.

Prof. R.D. Azulay — Agradece os comentários e manifesta a sua opinião sôbre as divergências entre o que se encontra nos livros, o que é clássico, e entre o que se encontra na prática. Afirma que a prova de Wörner, isto é, o eritema provocado por fricção, é sempre maior em tôrno da lesão, nos casos de nevo anêmico; o doente apresenta tal particularidade. Está de acôrdo com a existência de componente melânico, mas há, também, o vascular. Considera duas hipóteses: ou está errado o que se tem escrito sôbre nevo anêmico, ou apenas foi descrita uma faceta, no caso do nevo unilateral. Refere autor que relaciona essas duas perturbações vasculares a um componente nervoso. Isso talvez justifique as duas coisas: o componente vascular e o melânico. As placas isoladas nem sempre são arredondadas, fato êste descrito na "Pratique". Declara não ter encontrado referência à disposição zosteriforme.

NEVO COMEDÔNICO — Dr. G. Mangeon

Comentários:

Dr. Romeu V. Jacintho — Considera o caso extremamente elucidativo. Refere ter tido um semelhante, porém muito mais extenso; as lesões estenderam-se do pescoço aos glúteos. É de parecer que a denominação seja nevos queratósicos foliculares, pois o quadro é constituído pela queratose dos folículos, havendo casos em que as lesões não são unilaterais.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Considerando que o assunto não se presta a discussão, declara ser seu desejo, apenas, agradecer ao Dr. Mangeon a apresentação de caso tão raro e tão elucidativo.

Dr. G. Mangeon — Agradece os comentários, informando não haver encontrado literatura sôbre o assunto.

PRO-DIAGNOSE — Drs. Jarbas A. Porto e A. Franchini de Melo

Paciente de 16 anos, branca, brasileira, solteira, com história de dermatose recidivante, desde setembro de 1957. Naquela época, na cicatriz de incisão destinada à introdução da sonda para cateterismo cardíaco, ao nível da região antecubital, formou-se lesão necrótica que cicatrizou após 10 dias.

Desde então, lesões semelhantes têm aparecido, em várias áreas, de preferência no dorso das mãos, nos dedos, nos antebraços, no dorso dos pés, na face, e, por duas vêzes, na mucosa bucal. Estas lesões são em pequeno número, de evolução aguda, e obedecem ao seguinte esquema de evolução e de aspecto morfológico: sùbitamente, e sem fenômenos subjetivos gerais, aparecimento de pequena mácula, eritêmato-vinhosa, de tamanho variando entre 0.5 cm e 2 cm, pruriginosa ou pouco dolorosa, que, ao fim de 12 a 24 hs., se destaca, em bloco, deixando à mostra superfície vermelha, com pontilhado hemorrágico, sangrando abundantemente. Os bordos desta lesão são talhados a pique, de configuração estelar ou radiada, como se fôssem traçados a bisturi. Ao fim de 24 hs., o fundo de ulceração se cobre de induto amarelado, dando-lhe aspecto cremoso. Tôdas as lesões apresentam êste aspecto peculiar, com os bordos nìtidamente geométricos.

O exame histopatológico de três lesões mostrou, sempre, o mesmo aspecto de necrose superficial, com ausência de infiltrado celular em tôrno de área de necrose. Em um dos cortes de uma das lesões, foi observada infiltração de neutrófilos na parede de pequenos vasos dilatados.

A paciente é portadora de grande hipertensão pulmonar e de comunicação interauricular. Foram realizados vários exames, entre os quais provas químicas, hemocultura, pesquisa de células L.E. e contagem de plaquetas, todos com resultados dentro dos limites da normalidade.

Vários diagnósticos foram considerados, sem confirmação, seja pelo quadro clínico, seja pelos exames realizados.

Comentários:

Prof. R.D. Azulay — Tem a impressão de que se trata de patomímia, levando em consideração as áreas atingidas e o aspecto das lesões. É de parecer que não há outra doença que possa produzir lesões tão geométricas, sucedendo que o resultado da histologia está de acôrdo com o diagnóstico. Acha que, para a perda de substância existente, deveria haver grande comprometimento vascular.

Prof. H. Portugal — Concorda com o diagnóstico de patomímia, baseado, também, na ausência de lesões no dorso, onde as mãos não alcançam. Aconselha a prática do engessamento das mãos.

Dr. Glyne Rocha — Sugere que o engessamento alcance até os braços, como se faz em Buenos Aires.

Dr. Edson de Almeida — Concorda e pergunta se houve investigação social, declarando que, há pouco tempo, teve caso semelhante. Informa que casos idênticos são, aliás, muito comuns no serviço público.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Acha que o diagnóstico feito é o mais plausível e considera mais provável a causa mecânica do que a cáustica.

Dr. Jarbas A. Porto — Agradece, dizendo que havia pensado em patomímia porém afastara a hipótese pela impossibilidade de comprová-la. Promete observar o caso sob êsse aspecto.

CROMONECROSE — DRS. A. PADILHA GONÇALVES e D. COZZOLINO

COMENTÁRIOS:

Prof. H. Portugal — Tem conhecimento de muitas citações dessa dermatose, que ocorre, principalmente, nos pedreiros. É, entretanto, a primeira vez que observa as lesões denominadas "pigeon eau". Considera realmente ideal a denominação proposta pelo Prof. Ramos e Silva.

Dr. Romeu V. Jacintho — Acentua e raridade do caso, pois, como resultado de inquérito realizado em uma gráfica, viu vários casos de eczema, porém nenhum do tipo "pigeon eau".

Prof. R.D. Azulay — Congratula-se com os autores, declarando nunca haver visto, anteriormente, algum caso.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Agradece.

SÍNDROME DE STURGE-WEBER — PROF. H. PORTUGAL e DR. SYLVIO FRAGA

COMENTÁRIOS:

Dr. Urbano Freitas — Pergunta se há relação com a doença de Rendu-Osler.

Dr. Vilela Pedras — Pergunta se nos casos desta síndrome há apenas epilepsia, ou há disritmia cerebral.

Prof. H. Portugal — Acha que a doença de Rendu-Osler é mais hemorrágica. Refere que na tese de Miescher não há referência a disritmia e sim a epilepsia.

Dr. A. Padilha Gonçalves — Informa que a Sociedade realizará sessão normal em julho, quando será apresentado o caso dos Drs. Glyne Rocha e Braz Marzillo sôbre lúpus eritematoso maligno em criança.

PÊNFIGO — DR. JARBAS A. PORTO

Paciente com 73 anos, branca, brasileira, natural do Distrito Federal, viúva, doente há 6 meses. Informa que, desde há, aproximadamente 20 anos, sofre de "aftas" da bôca, de natureza recidivante.

Em dezembro, teve surto agudo de "aftas" e, em abril dêste ano, sofreu de pneumonia, tratada com numerosos antibióticos, durante 20 dias. Durante a pneumonia, as lesões de "aftas" pioraram consideràvelmente e, alguns dias depois de curada da pneumonia, apareceram lesões bolhosas, urentes e dolorosas, sucessivamente, nas regiões umbilical, crurais, ano-vulvar, mento, couro cabeludo e sacra, transformando-se após a rutura, em placas erosivo-crostosas. À mesma época, perdeu quase tôdas as unhas dos dedos e dos artelhos. Desde então usou vários medicamentos e apresentou períodos de melhora e de piora. Nas últimas semanas, o estado geral piorou sensìvelmente e, a 9 do corrente, foi, pelo relator, examinada pela primeira vez.

Nessa ocasião, o seu estado geral era bastante precário, aparentando sinais de depauperamento, de astenia, de adinamia e de perda de pêso. Informou que se alimentava com bastante dificuldade devido às dores que sentia com a deglutição. O exame físico demonstrou sinal de Babinsky bilateral e presença de líquido ascítico no abdome.

Pelo exame dermatológico foi verificada a existência de extensos processos de estomatite, atingindo quase tôda a mucosa bucal e lingual, traduzindo-se por áreas erosadas e de côr vermelho-vivo, circundadas, em alguns pontos, de retalhos esbranquiçados de epitélio flutuante. Estas lesões alcançavam as semimucosas dos lábios, onde assumiam aspecto crostoso melicérico, destacando-se as crostas com relativa facilidade e aparecendo, então, superfície erosivo-papilomatóide, de côr vermelho-vivo e com pontilhado sangüinolento. A partir das comissuras labiais, as lesões estendiam-se à região submaxilar, de ambos os lados. Viam-se, ainda, lesões com o mesmo aspecto erosivo, ou erosivo-crostoso, nas regiões umbelical, suprapubiana, ano-vulvar, crural e sacra, de tamanho variando do numular ao de pequenas placas, isoladas ou confluentes, observando-se, em alguns pontos, retalhos epidérmicos circundando as áreas erosadas. O couro cabeludo apresentava extensa área erosivo-crostosa ocupando a região fronto-parietal-temporal, estendendo-se às regiões retroauriculares e posteriores dos pavilhões auriculares. Na área do couro, cabeludo comprometida pela erupção, observava-se moderada alopécia. Mostravam-se atróficas as unhas

de quase todos os dedos e artelhos, com sulcos transversais ou longitudinais e com menos de 3 mm de comprimento. Em alguns dedos, notava-se onicomadesis e reponta de unha em formação. A paciente queixava-se de dor e ardor ao nível das lesões erosivas, especialmente nos lábios e no couro cabeludo.

O relator formulou o diagnóstico de pênfigo, que foi reforçado pelo aparecimento de três lesões bolhosas isoladas, dois dias após a verificação do sinal de Nikolsky. O exame histopatológico de uma bôlha, e do bordo de lesão erosiva, demonstrou bôlha acantolítica suprabasal, confirmando o diagnóstico clínico.

Foi instituído o tràtamento com triancinolona e medicação de suporte, melhorando, ràpidamente, o quadro geral, com o desaparecimento das dores e a volta do apetite. Ao fim de uma semana, permanecendo estacionário o quadro, foi mudada a medicação para ACTH e prednisona. Transcorridos outros sete dias, as lesões do couro cabeludo cicatrizavam e as demais apresentavam sinais evidentes de regressão, excetuadas as que se achavam localizadas na região sacra.

COMENTÁRIOS:

Dr. Glyne Rocha — Felicita o Dr. Jarbas Porto, declarando conhecer o caso. Informa que, quando o viu, apenas existiam lesões na bôca, no couro cabeludo e na vulva. O hábito que a paciente possuia, de tomar antibióticos, levou-o a diagnosticar monilíase, tendo um dos surtos cedido com a aplicação local de nistatina, o que vem corroborar o diagnóstico. O fato de ainda haverem surgido lesões na coxa, levou-o a sugerir ao colega, com quem se achava em conferência, o diagnóstico de pênfigo, tendo sido dada, entretanto, preferência à monilíase. Posteriormente, sugeriu fôsse a paciente internada no Hospital do IPASE. Durante o tempo que acompanhou a doente, não viu lesão bolhosa alguma.

Dr. Romeu V. Jacintho — Cita caso que apresentava placa numular frontal, seguida de lesões aftosas, cuja biópsia mostrou acantólise. A paciente abandonou o tratamento, voltando, pouco tempo depois, em estado gravíssimo. Refere ter verificado, sempre, hemossedimentação elevadíssima nos casos de pênfigo, mesmo sem lesões cutâneas e em bom estado geral.

Dr. Jarbas A. Pôrto — É de opinião que todos os pênfigos são iguais. Acha que a diferença é condicionada por fatôres de ordem geral.

Análises

OS FUNGOS DA DOENÇA DE ADOLFO LUTZ, DA DOENÇA DE JORGE LOBO E O DA BLASTOMICOSE DOS ÍNDIOS DO ALTO XINGU. MANOEL JOSÉ PEREIRA FILHO. *Rev. Méd. Rio Grande do Sul*, 79:10(set.-out.) 1957.

A apreciação de conjunto dêsse dados é fora de dúvida que nos habilita a dividir as blastomicoses estudadas em dois grupos.

1.° *grupo*: micose granulomatosa da pele, das mucosas, dos gânglios linfáticos, das vísceras, produzida por fungo que, nas culturas, apresenta duas fases: a 37°, elementos levedoriformes: na temperatura ambiente, culturas micetiformes ou filamentosas. Na fase parasitária, apresenta forma arredondada, com dupla membrana, com brotamento simples ou múltiplo (roda de leme ou em ouriço); é inoculável nos testículo do cobaio, do rato branco e do camundongo albino. Nestes dois últimos, produz-se a visceralização (Pereira Filho), bem como no hamster pela mesmo via da inoculação (Nery Guimarães). É sensível aos sulfamídicos (Oliveira Ribeiro, 1940), especialmente à sulfadiazina.

2.° *grupo*: constituído pela doença de Jorge Lobo e pela blastomicose dos índios do Alto Xingu. Ambas são produzidas pelos dois fungos em forma de corpos redondos, com membrana de duplo contôrno, dificilmente cultiváveis e de virulência diminuída; são insensíveis às sulfas. Não produzem blastomicoses pulmonares. Ficam localizados, não influindo sôbre o estado geral dos doentes.

Na Doença de Jorge Lobo, há nódulos queloidiformes, indolores, isolados ou confluentes, sem reação inflamatória contornante. Nas lesões queloidiformes do pavilhão auricular, diagnosticam-se, algumas vêzes, perturbações da sensibilidade.

Na blastomicose dos índios do Alto Xingu, nódulos e tubérculos entram em atrofia, tornando-se as lesões atróficas aparasitadas, com sensibilidade conservada e aspecto clínico que lembra placas da lepra tuberculóide. As sulfas não produzem resultados terapêuticos

Micose localizada, sem nunca haver nela repercussão pulmonar.

As células parasitas arredondadas são numerosas e quase tôdas do mesmo tamanho.

Talvez, novos estudos, levem o fungo da doença dos índios do Alto Xingu para nova espécie ou variedade, muito próximo da *Paracoccidioides loboi*, sendo ambas, entretanto, muito distanciadas da espécie *Paracoccidioides brasiliensis*.

Resumo do autor

QUERATOACANTOMA VERSUS CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS (KERATOACANTHOMA VERSUS SQUAMOUS-CELL CARCINOMA). JOSÉ M. DE MORAGAS HAMILTON MONTGOMERY e JOHN R. MC DONALD. *A.M.A. Arch. Dermat.*, 77:390(abr.),1958.

As semelhanças clínicas entre o queratoacantoma e o carcinoma de células escamosas tornam difícil, senão impossível, a distinção entre estas entidades, dispondo apenas dos elementos da clínica. Revisão das experiências realizadas pelos observadores da Clínica Mayo, em período de 10 anos, sugere que a diferenciação destas entidades seja possível, dentro do terreno patológico, mesmo quando o queratoacantoma se encontra nos seus primeiros estágios. São apresentados critérios, clínicos e patológicos, úteis na distinção entre as duas entidades.

Resumo dos autores

INSTITUTO DE ANGELI DO BRASIL
Finalmente
TAMBÉM PARA A SULFA
SÒMENTE 1 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS
LENTOSULFINA
DE ANGELI

PSORIASIS PUSTULOSA (PUSTULAR PSORIASIS). JOHN T. INGRAM. *A.M.A. Arch. Dermat.*, 77:314(mar.),1958.

Sugere o autor que as três erupções pustulosas crônicas das mãos e dos pés, descritas sob o título de acrodermatite contínua, bacteride pustulosa e psoríase pustulosa, constituem variantes de um único padrão de reação.

Carece de significado especial a presença ou a ausência de estafilococos nas coleções purulentas.

As pessoas sujeitas a psoríase são mais suscetíveis a esta reação do que as outras, havendo componentes psoriáticos e eczematosos na reação, tanto histológica como clìnicamente.

Revelaram-se mais eficientes as aplicações de preparados à base de alcatrão e betume sulfonado, semelhante ao ictiol. Outros tratamentos, além dos locais, não demonstraram ser benéficos.

Resumo do autor

CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF FUNGOUS DISEASES. J. WALTER WILSON. Charles C. Thomas Publisher, 1957, Springfield.

Em sucessivos capítulos, o autor aborda os principais aspectos clínicos e imunológicos, bem como o tratamento da coccidioidomicose, da esporotricose, da blastomicose norte-americana, da histoplasmose, da criptococose sul-americana, da actinomicose (incluindo nocardiose e maduromicose), das dermatofitoses e de outras diversas micoses cutâneas. É um livro sem fotografias mas quem o lê não sente falta das mesmas. No texto, o leitor encontra os conceitos mais modernos referentes às doenças micóticas que são objeto do livro, sendo especialmente interessante os temas de imunologia discutidos pelo autor. Quanto a êste setor, no qual tanto ainda está por fazer no terreno da micologia, o autor encara não só as aquisições já firmadas como verdadeiras, como emite idéias que poderão abrir caminhos aos interessados para futuras investigações que venham trazer luz sôbre pontos ainda obscuros. Tôda a matéria é exposta de forma clara e objetiva, facilitando o acompanhamento do raciocínio do autor nos assuntos ainda hipotéticos.

O setor forte da obra é a coccidioidomicose, à qual é dada maior ênfase, especialmente no concernente à imunologia, o que é fácil de compreender, pois esta micose tem podido ser melhor estudada não só por existirem focos endêmicos de acentuada prevalência como também por se possuirem antígenos grandemente eficientes, extraídos de seu agente causador. Em outras micoses profundas o autor é com freqüência levado a conduzir o seu raciocínio e suas hipóteses diante de situações ainda desconhecidas, referindo-se e fazendo comparação com o que acontece na coccidioidomicose. É sobretudo vantajosa para o médico brasileiro a leitura dos capítulos sôbre a esporotricose e a blastomicose sul-americana, pois trata-se de doenças que nos interessam de perto. Há, também, no livro muita informação útil no terreno do tratamento das micoses superficiais. Em resumo, é uma obra que deve figurar na biblioteca dos que se dedicam à micologia, de uma forma ou de outra.

A. PADILHA GONÇALVES

Notícias

Doenças venéreas

ATIVIDADES DO SERVIÇO DE DOENÇAS VENÉREAS DA PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL

1.° TRIMESTRE DE 1958

DISPENSÁRIO:	Jan	Fev.	Março
Casos diagnosticados	609	490	560
Sífilis	105	74	133
Sífilis primária	49	29	52
Sífilis secundária	12	6	14
Outras formas	44	39	67
Gonorréia	301	265	262
Cancro venéreo	173	128	131
Linfogranuloma	29	22	38
Granuloma venéreo	1	1	4
Total de comparecimentos	1.935	1.817	1.872
Exames de 1.ª vez	1.070	1.141	1.293
Exames de laboratório	1.496	1.287	1.482
Injeções aplicadas	1.539	1.375	1.500
HOSPITAL EDUARDO RABELO (C. T. R.)			
Pacientes hospitalizados	49	34	29
Altas	35	39	26
Injeções aplicadas	603	365	674
Reações sorológicas	2.829	2.882	2.657

ASSOCIAÇÃO DOS PRINCÍPIOS ATIVOS
DA CYNARA SCOLYMUS
À METIONINA.
HEPATOPATIAS DIFUSAS,
CIRROSE HEPÁTICA, ESTADOS
CARENCIAIS, INFECÇÕES DA
ÁRVORE BILIAR, DISTÚRBIOS
DO METABOLISMO DO COLESTEROL
ANTITÓXICO GERAL
• líquido
• comprimidos
• empôlas
Cynaron-
metionina

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, seus quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas seções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 300,00, para o Brasil, e Cr$ 360,00, para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 90,00, na época, e de Cr$ 100,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência concernente a publicações ou assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao administrador geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones: 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, conseqüentemente, à propriedade plena dos seus autores. Ésses trabalhos deverão ser dactilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o enderêço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês (ou dia e mês se o periódico fôr semanal) e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados sôbre o assunto. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA não serão responsáveis nem solidários com os conceitos ou opiniões emitidos na matéria referida.

A abreviatura bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 33 (1958) — N.º 4 (dezembro)

TRABALHO ORIGINAL:

Batista de Souza & Cia. Editôres — Rua do Livramento n.º 103 — Rio